APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)					Koshika	
APPLICATION No. : वायेदन संख्या :	M/012	25-/1090 A	PPLICATION DATE		Building block of Me	
NAME of APPLICANT प्रावेदक का नाम	Mu	\nî	AGE-YEARS ST			
ATHER'S/SPOUSE'S पता/कटुम्म का नाम	NAME:				MAN NOWED THE PARTY AND THE PA	
k No c	G CHAI	Phadesh -	Piber	i Dehat	Pallad Robby	
OCCUPATION :		-3	boue	Ţ. <u> </u>		
व्यवसाय OTAL ANNUAL INCO	MOH	1 Maken	OMESATI AND RECEIVED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income)		
कुल वार्षिक आव	4500	0/		(आय का साक्ष्य सं	लग्न)	
'AN No. स्थाई खाता र RE YOU AN INCOME	TETAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	Yes / N			
या आप आय कर द्वारा	है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये। FAM	र्हा / न ILY DETAILS परिवा			
Sr. No. क्रम संख्या	No Ti	ume of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender स्मि	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
			391			
	-					
		BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विनति व	STANCE (Tick which	hever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संस्थन सरे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साया प्रति संसन्त करे।	R (A	tation Card stach Copy) पर्भोक्ता कार्ड हो डाया इति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
	4 1 1 1 1		EQUESTING ASSIS ये गर्वे विनदी का उद्			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिकेदन सूची संलग्न					
	pramatis III serile cataract					
	HE serile Caravailt					
	100					
	Olorgie	conquery HE SICS CLOSES PONTOS HERS COMP				
		ASSISTANCE BEING AVAILED TO	r SAME "PURPOSE	" from OTHER SOURCE	S	
	100	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	सहायता किसी अन्य	स्बोत से लिया गया हो?	ASSISTANCE BEING AVAILED	
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE		्र ली गई सहायता राशी		
	DRes			Vin		

DECLARATION by APPLICANT: आलेशक द्वार योगण पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- i solemnly confirm that assistance. If received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance
 was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में घोषण करता हैं कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सारी है। परि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो सेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो स्वापता राति "कोशिका फाउनोशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की चूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतू यह प्रार्थन की गई है, उस राति का आंतिक या सकत विरसा किसी अन्य स्रोध/नियोजक बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही पश्चिम में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authoritie Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation; and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रदेश पर अपने इस्ताक्षा या अंगते को छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेंग्न और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटा और जो विकल्प इस प्रपत्न में पोषिल है, उसे "कोशिका" एवम् नामों, दान, व्यवनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अलंदक) इस बात से सहयत हैं कि मेरा चम, पता, फोटो और विकरण जो कि सतायता के उद्देश्मों से प्रार्थित है मुझे स्थात: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्तावर या अंगुड़े का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (ERRIEN ER WERL)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are
requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted
by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This
confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हम्ताक्षण को ओर से मामले-रोगों को "कोशिका फाउन्देशन" से जितिय सहायता हेतू सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार में मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो धर्तमान और न हो भरिष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगो/मामले में लेंगे या ले खे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

से सिफारिश/विवति उक्त के सम्बंध में "कोशिका चाउन्देशन" द्वारा मदद हेतू कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकत हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य मैं स्वायता लेंगे का अधिकार सुर्राक्षण रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगो/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग्य/लेगी।

2. "कोरिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वार री गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का तोई पनाव नहीं है। इस्रलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुख्या और आने जाने की सारी जिम्मेरारी रोगी एवं इस्पताल को तोगी और "कोरिका" की कोई प्रांपका या जिम्मेरारी इस यामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आपरेशन को शारीय DED (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

(Name of Fig. 8 Regul No. with Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

(Name of Regul No. with Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

(Name of Regul No. with Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी इम्ताकर 1

असी इस्ताकर 2